

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 7, No. 3, 1986

315

Fiebre amarilla en las Américas, 1981-1985

La fiebre amarilla selvática sigue representando una gran amenaza en las zonas endémicas de América del Sur. Entre 1981 y 1985, cinco países—Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú—notificaron un total de 640 casos, lo que indica una disminución de 61 casos en comparación con el período comprendido entre 1976 y 1980 (figura 1). Bolivia (266 casos) y el Perú (231 casos) contribuyeron el 77,7% de los casos notificados. Los colonos y los trabajadores migratorios de zonas no endémicas así como los naturales de zonas enzoóticas que se dedican a actividades agrícolas y forestales, fueron el principal foco de la enfermedad.

Por lo general, el paciente típico es varón y tiene de 15 a 45 años de edad. En consecuencia, los informes correspondientes al período de 1981 a 1982 muestran una mayor proporción de hombres que de mujeres y cerca de un 90% de pacientes mayores de 15 años. No se documentaron casos en niños menores de 1 año y, con excepción de uno, todos los casos en el grupo de 1 a 4 años se registraron en la región de Rincón del Tigre, Bolivia, durante la epidemia de 1981. Sin embargo, los diagnósticos en este brote fueron retrospectivos y se basaron principalmente en datos clínicos. Durante el brote de fiebre amarilla selvática ocurrido en 1984 en el Estado de Pará, norte del Brasil, 11 de 31 casos comprobados en laboratorio correspondieron a niños menores de 14 años, inclusive 3 niños (1 defunción) del grupo de 1 a 4 años (el más pequeño tenía 2 años).¹

En la Región el mayor número de casos ocurre durante la primera mitad del año y por lo general alcanza su punto

máximo en marzo y abril. Ello se debe probablemente a la mayor densidad de mosquitos *Haemagogus*, principal vector de la fiebre amarilla selvática en las Américas, durante la temporada de lluvias.

No se han registrado casos comprobados de fiebre amarilla

Figura 1. Número de casos de fiebre amarilla en países sudamericanos, 1981-1985.



¹Bol Epidemiol Minist Saude (Brasil) 16(15-16), 1984.

EN ESTE NUMERO . . .

- Fiebre amarilla en las Américas, 1981-1985
- Actividades de epidemiología en los países
- Vacunas antimaláricas: situación actual
- Biotecnología: su importancia potencial para la salud en América Latina y el Caribe
- Enfermedades sujetas al Reglamento Internacional
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Publicaciones
- Calendario de cursos y reuniones

Cuadro 1. Casos de fiebre amarilla notificados por país, 1976-1985.

País	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Bolivia	19	2	11	10	46	102	95	11	5	53
Brasil	1	9	27	12	27	22	24	6	45	7
Colombia	22	9	105	51	11	7	2	1	16	4
Ecuador	1	—	1	14	2	2	—	5	1	1
Perú	1	82	93	97	30	98	19	27	28	59
Trinidad y Tabago	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—
Venezuela	—	—	3	3	4	—	—	—	—	—
Total	44	102	240	205	120	231	140	50	95	124

Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.

urbana en América del Sur desde 1942. El restablecimiento y la propagación de poblaciones de *Aedes aegypti* en extensas zonas de América del Sur, inclusive en las zonas rurales donde la fiebre amarilla es endémica, traen consigo de nuevo la amenaza de la urbanización de la fiebre amarilla selvática. La notificación de casos de fiebre amarilla en 1981 cerca de Santa Cruz, Bolivia, una ciudad infestada por *A. aegypti* e incluso la hospitalización de algunos de los casos en dicha ciudad subrayan el riesgo de urbanización de la enfermedad. Un riesgo similar se observó en Brasil a comienzos de 1985 cuando tres conductores de camión se enfermaron en Presidente Prudente, São Paulo, después de contraer la infección, probablemente en la selva localizada a unos centenares de kilómetros de distancia. Se encontró que Presidente Prudente estaba sumamente infestada por *A. aegypti* pero el pronto establecimiento de medidas de control del vector y una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla previnieron una situación potencialmente peligrosa.

Durante el período comprendido entre 1981 y 1985, el mayor número de casos notificados provino de Bolivia (266). De todos los departamentos del país, Santa Cruz fue el más afectado. Cabe recalcar que el brote ocurrido en 1981 en la localidad de Espejos, Provincia de Andrés Báñez (Santa Cruz), sobrevino después de más de tres decenios de aparente ausencia de la enfermedad. Los misioneros establecidos desde hace unos 50 años en la localidad de Rincón del Tigre, afectada también por un brote en 1981, no se acordaban de que la enfermedad hubiera ocurrido en ese caserío antes del episodio de 1981. Se registró otro brote importante de fiebre amarilla a comienzos de 1985 entre trabajadores migratorios en las provincias de Nor Yungas, Sur Yungas y Larecaja (La Paz). El trabajo agrícola y la minería del oro son las principales actividades económicas en esas provincias. La epidemia ocurrió entre enero y mayo. Hubo 44 pacientes,

28 de los cuales fallecieron; la tasa de letalidad fue de 63,6%. Ninguno de los pacientes había sido vacunado contra la fiebre amarilla.

Brasil notificó 104 casos entre 1981 y 1985 (cuadro 1). Hubo un ligero incremento en comparación al período comprendido entre 1976 y 1980, en que se notificaron 76 casos. De los 46 casos registrados en el bienio 1981-1982, la mayoría (32) ocurrieron en los estados de la parte centrooccidental del Brasil (Goiás, Mato Grosso y Mato Grosso do Sul); el brote en esa región, que había comenzado en 1980, demuestra que la aparición cíclica del virus sigue ocurriendo en la parte centrooccidental del Brasil tal como ha sido documentada desde 1935. Los 58 casos registrados entre 1983 y 1985 ocurrieron en la Región Amazónica. El número de casos registrados en 1984 (45) excedió con creces el de 1983 (6 casos). El brote de 1984 afectó principalmente a diversas localidades del Estado de Pará situadas en la margen norte del Río Amazonas. Los estudios de este brote permitieron señalar que los principales vectores eran *Haemagogus (Hag) janthinomys* y *Haemagogus (Hag) albomaculatus*; la primera especie es un vector bien conocido en la región, pero la segunda no se había reconocido antes en el Brasil. Se encontraron mosquitos de esta especie picando a las personas cerca de casas ubicadas en las afueras de la selva, lo que podría explicar la incidencia de varios casos infantiles durante el brote. Todas las personas afectadas eran residentes locales. Al descubrir el brote se tomaron medidas inmediatas para proceder a la vacunación.

En Colombia se observó una notable reducción del número de casos entre 1981 y 1985 (30 casos) en comparación con el período comprendido entre 1976 y 1980 (198 casos). En Perú se observó también una baja considerable en el número de casos notificados (de 303 a 231) durante los períodos de referencia (véase el cuadro 1).

(Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)